

Opinnäytetyö (AMK)

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Suuhygienisti

Syksy 2015

Maarika Koskinen ja Senja Purojärvi

SUUHYGIENISTIN ASiantuntijuus uniapneapotilaan hoidossa

– kirjallisuuskatsaus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Maarika Koskinen ja Senja Purojärvi

SUUHYGIENISTIN ASiantuntijuus UNIAPNEAPOTILAAN HOIDOSSA

Obstruktiivinen uniapneaoireyhtymä on Suomessa merkittävä kansanterveydellinen ongelma ja sairastuvien määrä lisääntyy jatkuvasti. Uniapnean tunnistaminen on vaikeaa ja usein se jää kokonaan diagnosoimatta. Suomessa suuhygienistien ja hammaslääkäreiden tietotaso uniapneasta saattaa olla puutteellista, koska koulutuksessa kyseistä sairautta käsitellään vain vähän. Suuhygienistien tietoa uniapneasta on tärkeää lisätä, jotta voidaan tarjota potilaalle oikeanlaista sekä kokonaisvaltaista hoitoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälainen on suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan hoidossa. Tavoitteena on lisätä tietoa uniapneasta suun terveydenhuollossa sekä myös mahdollistaa suuhygienistin työnkuvan monipuolistaminen tulevaisuudessa.

Opinnäytetyön ongelmat olivat: Minkälainen on suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan suun terveydenhoitotyössä ja minkälainen on suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan suun terveydenedistämistyössä. Näihin tutkimusongelmiin on saatu vastaukset kirjallisuuskatsauksen avulla. Käytetty aineisto koottiin käyttämällä sekä manuaali- että tietokantahakua.

Tulokset osoittavat, että suuhygienisti kykenee tunnistamaan erilaisia uniapneaan liittyviä riskitekijöitä, joiden perusteella hän voi ohjata potilaan jatkotutkimuksiin. Suuhygienisti osaa edistää potilaan terveyttä uniapneaan sairastumisen välttämiseksi tai sen jälkeen, kun sairaus on jo diagnosoitu. Lisäksi hän kykenee kertomaan potilaalle uniapneasta sairautena ja motivoimaan omaan hoitoonsa. Uniapnean hoidossa suuhygienisti voi olla myös osallisena erilaisten hoitotoimenpiteiden kautta, esimerkiksi uniapneakiskoihin liittyvissä toimenpiteissä.

Tulosten perusteella suuhygienistien koulutukseen tulisi lisätä opetusta uniapneasta ja näin laajentaa suuhygienistien työnkuva. Jatkotutkimuksessa pohditaan, miten suuhygienistiopiskelijoiden koulutuksen sisältöä voitaisiin laajentaa ja millaisia jatkokoulutuksia valmistuneille suuhygienisteille tulisi tarjota.

ASIASANAT:

Terveyden edistäminen, suun terveydenhoitotyö, uniapnea, uniapneakisko, suun terveydenhuolto.

Maarika Koskinen and Senja Purojärvi

DENTAL HYGIENIST'S EXPERTISE IN THE TREATMENT OF A SLEEP APNEA PATIENT

Obstructive sleep apnea syndrome is a major public health problem in Finland and the number of sick continues increasing. Identification of sleep apnea is difficult and it is often undiagnosed. In Finland, the level of knowledge of sleep apnea is insufficient because the curriculum of both the dental hygienists and the dentists handles the subject only slightly. Therefore is necessary to increase the dental hygienists knowledge of sleep apnea so that the patient gets correct and comprehensive treatment.

The purpose of this thesis was to investigate what kind of expertise dental hygienist has in the treatment of sleep apnea patient. The aim is to increase the knowledge of sleep apnea in dental healthcare and also variegate the dental hygienist job description in the future.

The research questions were: What kind of is a dental hygienist's expertise in sleep apnea patient's dental care and what kind of is a dental hygienist's expertise in sleep apnea patient's promotion of oral health. These questions have been discussed in a literature review. Used references were collected using both manual and database search.

The results show that the dental hygienist is able to identify the various risk factors associated with sleep apnea and guide the patient for further study. Dental hygienist can promote the health of the patient both to avoid the sleep apnea and after the sickness has been diagnosed. In addition, the dental hygienist is able to tell the patient about sleep apnea as a disease and to motivate to their own care. In the treatment of sleep apnea dental hygienist may also be involved through various operations, for example, sleep apnea appliance operations.

As a conclusion, a job description of the dental hygienists could be broaden to treat the sleep apnea patients if adequate training would be provided. Further research could focus on how the curriculum of the dental hygienists can be extended to cover this topic and what kind of further education should be offered for already graduated dental hygienists.

KEYWORDS:

Health promotion, oral health care, sleep apnea, sleep apnea appliance, dental healthcare.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 SUUHYGIENISTIN ASiantuntijuus UNIAPNEAPOTILAAN HOIDOSSA	3
2.1 Uniapnea ja sen syntyyn vaikuttavat tekijät	3
2.2 Uniapnean hoidossa käytettävät uniapneakiskot ja niiden vaikutus suun terveyteen	4
2.3 Uniapneapotilas suun terveydenhuollon asiakkaana	6
2.4 Suuhygienistin asiantuntijuus	7
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	9
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	10
4.1 Menetelmänä kirjallisuuskatsaus	10
4.2 Tutkimusongelmien muotoilu	11
4.3 Tiedonhakuprosessi ja lähdeaineiston valinta	11
4.4 Aineiston analyysi	13
5 TULOKSET	15
5.1 Suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan suun terveydenhoitotyössä	15
5.2 Suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan suun terveydenedistämistyössä	19
6 TULOSTEN TARKASTELU	22
7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	25
8 POHDINTA JA KEHITTÄMISAJATUKSET	27
9 KUVAT	29
10 TAULUKOT	31
LÄHTEET	32

LIITTEET

Liite 1.Tiedonhakutaulukko

KUVAT

Kuva 1. Herbstin koje	29
Kuva 2. Silensor-koje	29
Kuva 3. Silensor-koje	29
Kuva 4. Monoblock-koje	30
Kuva 5. Monoblokki-tyyppinen koje	30
Kuva 6. Mallampati-luokitus	30

KUVIOT

Kuvio 1. Uniapnean syntyyn vaikuttavia tekijöitä	4
Kuvio 2. Tiedonhakuprosessi	13
Kuvio 3. Analyysin eteneminen	14

TAULUKOT

Taulukko 1. Suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan suun terveydenhoitotyössä	18
Taulukko 2. Suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan suun terveydenedistämistyössä	21
Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksessa käytetty aineisto	31

1 JOHDANTO

Uniapneaan sairastuneiden määrä on valtakunnallisesti jatkuvassa kasvussa ja näin ollen he tulevat olemaan tuttu näky suuhygienistin vastaanotolla. Uniapnealla tarkoitetaan unenaikaisia hengityskatkoksia tai hengityksen vaimentumia, jotka ovat toistuvia, vähintään kymmenen sekunnin mittaisia. (Käypä hoito 2010.) Uniapnea voidaan jakaa kahteen eri muotoon eli obstruktiiviseen ja sentraaliseen uniapneaan (Saarinen 2011). Se on merkittävä kansanterveydellinen ongelma, jota aiheuttavat esimerkiksi ylipaino, alkoholin käyttö ja keskushermostoa lamaavat lääkkeet. Lisäksi uniapnea on yksi kansantaudeista, jonka osoittaa myös korkea sairastuneiden määrä: Suomalaisväestöstä arviolta noin 3 % aikuisista sairastaa uniapneaa, mutta todennäköisesti esiintymisluvut ovat vieläkin suuremmat. Arvioidaan, että 300 000-350 000 suomalaista potee vaikeaa, keskivaikeaa tai lievää uniapnean muotoa. (Lehtimäki & Vähätalo 2008; Anttalainen 2011.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään obstruktiivisen uniapnean muotoon.

Suuhygienisti on ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut suun terveydenhoitotyön asiantuntija, jonka pääsääntöinen tehtävä on edistää ja ylläpitää väestön suun terveyttä, ehkäistä suu- ja hammassairauksia sekä antaa yksilöllistä opastusta ja ohjausta (Opintopolku 2015; Suomen Suuhygienistiliitto 2015). Vain sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran hyväksymät koulutuksen Suomessa suorittaneet suuhygienistit voivat harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559). Suuhygienistiltä vaaditaan hammaslääketieteen ja hoitotyön monialaista osaamista sekä hallintaa, sillä työn harjoittaminen tapahtuu lähes poikkeuksetta itsenäisesti. Kuitenkin moniammatillinen yhteistyö koko muun terveydenhuollon ammattihenkilöstön ja terveyden edistämistahojen kanssa on myös tärkeässä roolissa. (Opintopolku 2015; Suomen Suuhygienistiliitto 2015.)

Erikoisalojen osatehtäviä, kuten oikomisen ja purentafysiologian osalta, on ryhtytty siirtämään suuhygienistille ja tulevaisuudessa tämä tulee todennäköisesti entistä enemmän lisääntymään, koska etenkin aikuishammashoidon kysyntä

terveyskeskuksissa on jatkuvassa kasvussa. Työnjakomuutokset ovat siis osana kehittämässä ja monipuolistamassa suuhygienistin työnkuvaa, joka on jatkuvan muutoksen alla. (Karjalainen ym. 2010, 23-27.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada selville, minkälainen on suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan hoidossa. Tavoitteena on lisätä tietoa uniapneasta suun terveydenhuollossa sekä myös mahdollistaa suuhygienistin työkuvan monipuolistaminen tulevaisuudessa.

Menetelmänä opinnäytetyössä käytettiin kirjallisuuskatsausta. Sen avulla saatiin vastaukset opinnäytetyön ongelmiin: Minkälainen on suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan suun terveydenhoitotyössä ja minkälainen on suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan suun terveydenedistämistyössä.

Opinnäytetyön asiasanat olivat: terveyden edistäminen, suun terveydenhoitotyö, uniapnea, uniapneakisko sekä suun terveydenhuolto.

2 SUUHYGIENISTIN ASiantuntijuus

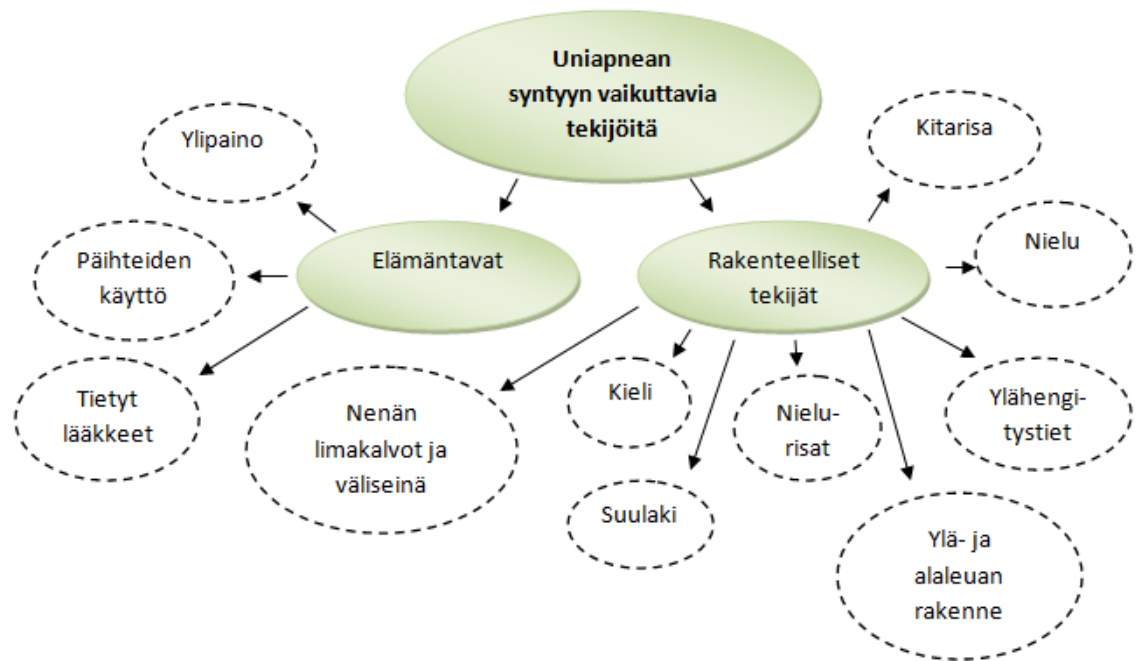
UNIAPNEAPOTILAAN HOIDOSSA

2.1 Uniapnea ja sen syntyyn vaikuttavat tekijät

Obstruktiivinen uniapneaoireyhtymä tarkoittaa ylähengitysteiden ahtautumista nukkuessa. Hengityskatkokset tai hengityksen vaimentumat ovat toistuvia vähintään kymmenen sekunnin mittaisia. Tämän lisäksi tyypillisiä oireita ovat päiväsäsymys, kuorsaus, herääminen tukehtumisen tunteeseen, suun kuivuminen, unettomuus sekä mielialaongelmat. Miehillä todetaan uniapnea naisia useammin. Vähintään 4 % miehistä ja 2 % naisista sairastaa uniapneaa. Naiset saavat kuitenkin miesten tason vaihdevuosien jälkeen. (Käypä hoito 2010.) Kuitenkin 1/3 potilaista on normaalipainoisia tai nuoria, eli uniapnea ei ole vain keski-ikäisten ylipainoisten sairaus. Tiedetyt elämäntavat, kuten ylipaino, päihteiden käyttö ja keskushermostoa lamaavat lääkkeet, kuitenkin voivat altistaa uniapneaan sairastumiselle. (Vuorjoki-Ranta 2013, 24.)

Uniapnealle altistavia rakenteellisia tekijöitä nenässä ovat muun muassa turvonneet nenän limakalvot, nenän väliseinän vinous ja suuri kitarisa. Nielussa altistavia tekijöitä ovat rakenteellisesti ahdas nielu, ylähengitysteiden lisääntynyt rasvakudos, suuri kieli, suuret nielurisat ja suurentunut pehmeä suulaki. Lisäksi alaleuan kehityksellinen pienuus tai leukojen normaalia taaempi sijainti kallon nähden sekä kapea yläleuka voivat altistaa uniapneaan. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2002, 22.) Sivulla 9 olevassa kuviossa (kuvio 1) on esitelty sekä jaoteltu uniapnean syntyyn vaikuttavia tekijöitä.

Uniapnean käytettyjä hoitomuotoja ovat uniapneakiskohoito, ylipainehengityshoito eli CPAP sekä leikkaushoito. Uniapnean vaikeusasteen perusteella valitaan potilaalle sopivin hoitomuoto. (Käypä hoito 2010.) Opinnäytetyössä käsitellään vain uniapneakiskohoitoa ja sen vaikutuksia suun terveyteen.



Kuvio 1. Uniapnean syntyyn vaikuttavia tekijöitä.

2.2 Uniapnean hoidossa käytettävät uniapneakiskot ja niiden vaikutus suun terveyteen

Uniapneakisko vaikuttaa siten, että se työntää alaleukaa sekä kielen lihaksistoa eteenpäin, jolloin nielun ilmatila avartuu. Lisäksi nielun lihaksisto aktivoituu saaden aikaan paikallisia kudossjännityksiä, jotka estävät myös pehmeän suulaen valumista hengitysteiden tukkeeksi. Uniapneakiskot auttavat siis pitämään suun lihakset jännevinä ja estäen ilmateitä luhistumasta yön aikana. (Käypä hoito 2010.)

Kiskot ovat tehokas hoitokeino lieväoireisesta uniapneasta kärsiville normaali-painoisille tai lievästi liikapainoisille potilaille sekä niille, joilla CPAP-hoito ei onnistu (Käypä hoito 2010). Hoidolla saadaan aikaan kuorsauksen väheneminen, unenlaadun paraneminen ja siten päiväväsymyksen väheneminen (Hoffstein 2007, 1-22). Uniapneakiskon käytössä voi ilmetä myös mahdollisia haitallisia lyhytaikaisia sivuvaikutuksia, joita ovat runsas syljen erittyminen, suun kuivuminen, epänormaali purenta herätessä sekä kivut leukanivelissä ja lihaksissa. Purenta normalisoituu kuitenkin nopeasti ja kipu häviää. Pitkäaikaisia sivuvaiku-

tuksia voivat olla muutokset molaarien suhteissa toisiinsa, ylipurennassa, avopurennassa ja mandibulan asemassa, jotka kaikki voivat johtaa leukanivelongelmiin. (Battagel & Kotecha 2005, 149-156.)

Uniapneakiskohoito ei ole yhtä tehokas vaikean uniapnean hoidossa kuin CPAP, mutta sillä on vaikutusta uniapneaan ja hengityshäiriöihin. Sillä on vaikutusta myös uniapneaan liittyvään uneliaisuuteen ja kohonneeseen verenpaineeseen. Sopeutuminen on lisäksi potilaiden kannalta edullisempaa ja he sietävät paremmin uniapneakiskohoitoa. (Tegelberg & Lindberg 2015, 47.)

Saatavilla on paljon erilaisia versioita uniapneakiskoista. Kiskot jaetaan kolmeen eri malliin: kielen asentoa muuttaviin, pehmytkudoksiin vaikuttaviin sekä alaleukaa eteenpäin työntäviin kiskoihin. Käytettyjä kiskoja ovat esimerkiksi Herbst, Silensor, Equilizer, Snore-no-more, SilentNight ja lähteestä riippuen Monoblock tai Monoblokki. (Hoffstein 2007, 1-22; Tegelberg & Lindberg 2015, 46.) Herbst-, Silensor- ja Monoblock-kojeet on havainnollistettu kuvina opinnäytetyön lopussa (kuvat 1-5).

Uniapneakiskon voi teettää sekä yksityisen että julkisen terveydenhuollon piirissä. Suositeltavaa on hakeutua lääkärin läheteellä oikomisen erikoishammaslääkärin vastaanotolle uniapneakiskon saamiseksi. Tehdasvalmisteisen uniapneakiskon voi tilata suoraan valmistajulta esimerkiksi internetin kautta, mutta tällöin kisko ei ole yksilöllinen. (Ingman ym. 2012, 710; Aalto 2013.)

Uniapneakiskot valmistetaan yleensä akryylimuovista ja ne voivat olla joko yksi- tai kaksiosaisia (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013). Kiskot ovat suhteellisen halpoja ja helppovalmisteisia. Uniapneakiskoterapian tehokkuuteen vaikuttavat uniapneasyndrooman vakavuus, kiskon vaikutus alaleuan eteenpäin työntymiseen, potilaan nukkuma-asento ja kehon massaindeksi. (Ferguson ym. 2006, 244-262.)

Yksilöllisiä uniapneakiskoja varten hammaslääkäri suorittaa hampaiston, purenan, leukanivelten ja puremalihasten kliinisen tutkimuksen. Lisäksi kiskoja varten on otettava panoraama-röntgenkuva ja tarvittaessa lateraalikallokuva sekä pysty- että makuuasennossa. Näiden tutkimusten perusteella arvioidaan, sopii-

ko kiskohoito potilaalle. Seuraavaksi potilaalta otetaan hampaiston alginaattijäljennökset ja indeksi, joiden perusteella määritetään alaleuan eteenpäin siirron mitta. Valmiin uniapneakiskon potilas saa noin kahden viikon kuluttua tutkimuksesta ja jäljennöksistä. (Ingman ym. 2012, 710.)

2.3 Uniapneapotilas suun terveydenhuollon asiakkaana

Hammaslääketieteellä ja hammaslääkäreillä on tärkeä rooli etenkin lievän uniapneataudin diagnostiikassa sekä hoidossa. Potilaiden kasvo- ja leukarakenneiden piirteiden perusteella pystytään havaitsemaan mahdollinen altistuminen uniapneaan. (Lehtimäki & Vähätalo 2008.) Uniapnean diagnosointi tapahtuu anamneesin, kliinisen tutkimuksen ja yöpolygrafian perusteella. Samalla tarkastetaan myös yleisstatus, nenän, nielun, leukojen ja kaulan rakenne sekä purentavirheet. (Käypä hoito 2010.)

Ennen uniapneakiskohoidon aloittamista hoitavan hammaslääkärin on kiinnitettävä huomiota muutamiin asioihin esitietoja kirjattaessa. Hammaslääkärin tulee selvittää mahdolliset purentaelimen toiminnallisten häiriöiden tai kiputilojen ja päänsäryn esiintyminen. Jos potilaalla on taipumusta bruksismiin, on tämä otettava huomioon uniapneakiskon retentiossa. Potilaan aikaisempi kokemus suun kojeista huomioidaan ja arvioidaan potilaan kyky pitää kojetta suussa. (Tegelberg & Lindberg 2015, 46.)

Lievässä uniapneassa hoidoksi voi riittää laihdutus ja elämäntapamuutokset. Keskivaikeassa ja vaikeassa uniapneassa ensisijainen hoito on ylipainehengityshoito eli CPAP. (Käypä hoito 2010.) Potilas tulee aina ohjata jatkotutkimuksiin, jos hänessä ilmenee uniapneaan viittaavia merkkejä (Lehtimäki & Vähätalo 2008). Jatkohoidossa korjataan leukojen rakennepoikkeavuuksia ja niihin liittyviä purentavirheitä sekä avarretaan ahtaita ilmäteitä (Lehtimäki & Vähätalo 2008). Hoitamattomana uniapnea saattaa aiheuttaa erilaisia sydän- ja verisuonitauteja, tyypin 2 diabetesta sekä ennenaikaista kuolleisuutta (Käypä hoito 2010).

Epäiltäessä uniapneaa potilas lähetetään perusterveydenhuollosta yleensä erikoissairaanhoidon keuhkosairauksien yksikköön. Lievää ja keskivaikeaa uniap-

neaa sairastavat potilaat tai ne joille muut hoitokeinot eivät tuota toivottua hoitovastetta, voidaan lähettää konsultaatioon sairaanhoitopiiriin yksikköön, jossa uniapneakiskot valmistetaan. (Ingman ym. 2012, 711.)

2.4 Suuhygienistin asiantuntijuus

Suuhygienisti on suun terveydenhoitotyön asiantuntija, jonka tehtäviin kuuluu väestön terveyden edistäminen, hammas- ja suusairauksien ehkäisy sekä varhaishoito (Roos 2014). Terveyden edistämisen ja kliinisen potilastyöskentelyn lisäksi suuhygienistin on huolehdittava työn- ja ympäristön turvallisuudesta sekä hallittava tutkimus- ja kehittämistyöskentely (Opetusministeriö 2006). Perustehtävänä on siis edistää koko väestön suun ja hampaiston terveyttä sekä näin myös olla mukana edistämässä koko väestön yleisterveyttä (Hentunen ym. 2012, 6).

Suuhygienistin koulutus on terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto ja tutkinnon laajuus on 3,5 vuotta (Opetusministeriö 2006). Vain koulutuksen Suomessa suorittaneet suuhygienistit, jotka ovat saaneet Valvivan hyväksynnän, voivat harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559). Laillistettu suuhygienisti voi toimia itsenäisesti hänelle kuuluvan vastuualueensa puitteissa sekä julkisissa että yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmissä. Hän voi toimia hoitohenkilökunnan lähimiestehtävissä sekä itsenäisenä ammatinharjoittajana ja yrittäjänä. Työskentelyalueita ovat myös erilaiset opetustehtävät, asiantuntija-, tutkimus ja kehittämistehtävät sekä myynti- ja markkinointitehtävät. (Suomen suuhygienistiliitto 2015.)

Suuhygienistin asiantuntijuuteen kuuluvat terveystieteiden neuvonta sekä ohjaus, suun terveystarkastukset, hoidon tarpeen arviointi, toteutus ja ylläpito. Lisäksi työhön kuuluu toimiminen erilaisissa elämäntilanteissa olevien yksilöiden ja perheiden kanssa edistämällä sekä tukien heidän itsehoitovalmiuksiaan. (Opetusministeriö 2006.)

Suuhygienisti voi parantaa potilaan hoitoa yhdistämällä eri alojen tietoa ja osaamista, sillä työn harjoittaminen vaatii hammaslääketieteen ja hoitotyön monialaista osaamista sekä hallintaa. (Opintopolku 2015.) Koulutus antaa valmiudet monipuoliseen osaamiseen suun terveydenhoitotyössä, johon kuuluvat esimerkiksi ortodonttisen, purentafysiologisen, suukirurgisen ja proteettisen potilaan hoitoprosessi. Erityisen tärkeät osaamisalueet suuhygienistin työnkuvassa ovat myös parodontologisten ja kariologisten suun infektiosairauksien ehkäisy, varhaishoidon sekä terveyttä säilyttävän ylläpitohoidon hallinta. (Hentunen ym. 2012, 1-17.)

Suomessa hammaslääkäreiden koulutukseen kuuluvat aineopintoihin sisältyvät opintokokonaisuudet suukirurgiasta ja yleissairauksista, johon sisältyy luento uniapneasta neurologiselta kannalta (LTK – Hammaslääketiede 2013). Syventäviä opintoja uniapneasta ei siis sisälly hammaslääketieteen koulutusohjelmaan. Myös suuhygienistien tietämys aiheeseen liittyen saattaa olla puutteellista, sillä tämänhetkisen opetussuunnitelman sisältämät perus- ja ammattiopinnot eivät pidä sisällään aihekokonaisuuksia uniapneasta tai uniapneapotilaan kohtaamisesta (Turun ammattikorkeakoulu 2015).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada selville, minkälainen on suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan hoidossa. Tavoitteena on lisätä tietoa uniapneasta suun terveydenhuollossa sekä myös mahdollistaa suuhygienistin työkuvan monipuolistaminen tulevaisuudessa.

Menetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta, minkä vuoksi vaadittiin säntillisyyttä tutkimusongelmien valinnassa sekä muotoilussa. Tämän avulla saavutettiin myös opinnäytetyön luotettavuus ja riittävä laajuus (Johansson ym. 2007, 47).

Opinnäytetyön tutkimusongelmat:

1. Minkälainen on suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan suun terveydenhoitotyössä?
2. Minkälainen on suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan suun terveydenedistämistyössä?

Tutkimusongelmiin saatiin vastaukset kirjallisuuskatsauksen avulla. Aineisto koottiin käyttämällä sekä manuaali- että tietokantahakua, jotka suoritettiin keväällä 2015. Käytetty aineisto oli aikaväliltä 2005-2015 ja se koostui sekä suomen- että englanninkielisistä tieteellisistä julkaisuista. Tämän jälkeen aineisto analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällönanalyysia.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Menetelmänä kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyössä käytettiin menetelmänä kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsauksessa tutkitaan aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia aiheesta sekä keskitytään sellaiseen kirjallisuuteen, josta saadaan tutkimuksen kannalta mahdollisimman hyödyllistä tietoa. Tämän menetelmän avulla tutustutaan aikaisempiin tutkimuskeinoihin, näkökulmiin sekä suunnitteilla olevan tutkimuksen yhteyttä aikaisempiin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaisesti opinnäytetyössä käytettiin kirjallisuutena aikakauslehtiartikkeleita, tutkimusselosteita ja muita keskeisiä julkaisuja. (Hirsjärvi ym. 2009, 121.)

Kirjallisuuskatsaus on siis aiemman tutkimuksen kriittinen ja tiivis katsaus, joka liittyy tutkimusongelmaan ja tämän pohjalta tutkijat myös tekevät synteesin. On tärkeää arvioida kirjallisuuskatsausta laadittaessa, onko tutkittavaa ilmiötä tutkitu eri näkökulmista. (Kääriäinen & Lahtinen 2006; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 70.)

Tutkimuksen teoreettinen tausta eli viitekehys on myös muodostunut kirjallisuuskatsauksesta, sillä se on lisäksi toimiva menetelmä jo olemassa olevan tutkitun tiedon kokoamiseen sekä jäsentämiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 70). Kirjallisuuskatsausta tehdessä on koko ajan pidettävä mielessä opinnäytetyölle laaditut tavoitteet ja tutkimusongelmat. Käytettyjä tutkimuksia, joiden avulla luodaan tausta uudelle tutkimukselle eli tässä tapauksessa opinnäytetyölle, analysoidaan tutkimusongelman kannalta riittävän yksityiskohtaisesti ja tehdään niistä tärkeimmät asiat kiinteäytävä synteesi (Hirsjärvi ym. 2009, 259). Kirjallisuuskatsauksen standardien mukaisesti opinnäytetyö aloitettiin opinnäytetyösuunnitelman laatimisella ja tutkimusongelmien määrittämisellä. Seuraava vaihe oli alkuperäistutkimusten hakuprosessi, aineiston valinta sekä laadun arviointi, joiden pohjalta suoritettiin aineiston analyysi sekä esitettiin saadut tulokset (Kääriäinen & Lahtinen 2006).

4.2 Tutkimusongelmien muotoilu

Tutkimusongelmien muotoilu oli yksi opinnäytetyön ensimmäisistä vaiheista. Uniapneasta suun terveydenhuollon koulutusohjelmassa tai ylipäättään suuhygienistin asiantuntijuudesta aiheeseen liittyen ei ole Suomessa tehty vastaavia opinnäytetöitä. Tämä varmistettiin 29.9.2015 Theseus-verkkokirjastosta, joka julkaisee ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä ja julkaisuja verkossa. Tämän perusteella tutkimusongelmat muotoiltiin laajemmaksi, jotta varmistettaisiin kirjallisuuskatsauksen riittävä aineisto. Tutkimusongelmiin valittiin tutkimusjoukoksi suuhygienisti sekä uniapneapotilas ja keskeisiksi käsitteiksi suuhygienistin työnkuvan kaksi merkittävintä osa-aluetta eli suun terveydenhoitotyö sekä suun terveyden edistäminen. Tutkimusongelmat perustuivat opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteisiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 74-75).

4.3 Tiedonhakuprosessi ja lähdeaineiston valinta

Tiedonhaku suoritettiin kevään 2015 aikana. Tietoa haettiin sähköisesti eri tieteellisistä tietokannoista sekä manuaalisesti kirjastoista että alan julkaisuista. Aineiston keruussa hyödynnettiin eri tietokantoja, joita olivat EbscoHost, Medic, PubMed, Terveysportti. Tiedonhakutaulukossa on eritelty sähköisen kirjallisuushaun hakusanat (liite 1). Aineistoa haettiin myös manuaalisesti, jotta tietokantojen ulkopuolelle jäävät tutkimukset tulisivat huomioiduksi. Kuitenkin tutkimusten mukaan manuaalisesti etsittävät tutkimukset relevanteista julkaisuista ovat vähäisiä (Gerber ym. 2007). Opinnäytetyön aineisto oli aikaväliltä 2005-2015 ja se koostui sekä suomen- että englanninkielisistä tieteellisistä julkaisuista.

Opinnäytetyön sisäänottokriteereiksi määriteltiin, että tieteelliset julkaisut on valittu niiden otsikon ja abstraktin perusteella. Aina otsikko ei antanut riittävästi informaatiota julkaisusta, joten tässä tapauksessa luettiin abstrakti tai vastavasti koko julkaisuartikkeli. Lisäksi valittiin artikkeleita julkaisuajan perusteella eli työhön ei valittu yli 10 vuotta vanhoja julkaisuja, joka oli siis yksi poissulkukriteereistä. Tarkoituksena oli käyttää mahdollisimman ajankohtaista aineistoa koko

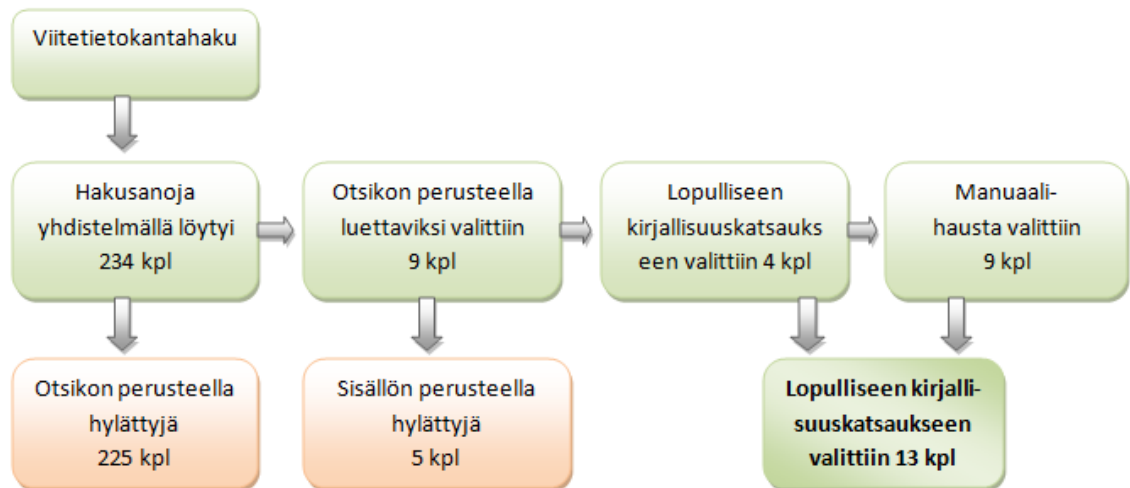
tutkimusprosessin ajan. Kaikki käytetyt artikkelit olivat joko suomen- tai englantinkielisiä.

Tiedonhaku oli kahden itsenäisesti toimivan tekijän yhteistyön tulos ja kahden tekijän työ myös vähentää virheiden mahdollisuutta (Johansson ym. 2007, 55). Tekijät päätyivät osittain erilaisiin tuloksiin valittaessa tutkimuksia kirjallisuuskatsaukseen ja tässä tapauksessa keskusteltiin yhdessä, hylätäänkö vai valitaanko tutkimus. Valinnat tehtiin sisäänottokriteerien mukaisesti joko otsikon tai abstraktin perusteella. Kirjallisuuskatsauksesta poissuljettiin tieteellisiä julkaisuja, jos tutkimukset eivät vastanneet sisäänottokriteerejä (Johansson ym. 2007, 59). Poissulkukriteerinä olivat myös julkaisut, joiden koko tekstiä ei ollut saatavilla ja julkaisut, jotka olivat maksullisia.

Lisäksi tiedonhaussa hyödynnettiin myös Turun ammattikorkeakoulun kirjastolla työskentelevän informaatikon apua. Informaatikolla on kokemusta tiedonhausta, joka lisää perustellusti myös opinnäytetyön luotettavuutta (McGowan & Samson 2005). Informaatikolta saatiin neuvoja julkaistujen ja ei-julkaistujen lähteiden valikointiin, hakusanojen muodostukseen sekä eri tietokantojen käyttöön.

Opinnäytetyön tutkimusprosessiin kuului käsitteellinen vaihe ja empiirinen vaihe. Ensimmäiseen vaiheeseen, eli käsitteelliseen vaiheeseen kuuluivat tutkimusaiheen valinta ja rajaaminen, kontekstiin tutustuminen sekä teoreettisen taustan laatiminen. Toiseen vaiheeseen, eli empiiriseen vaiheeseen kuului aineiston keruu kirjallisuuskatsausta varten, aineiston analysointi, tulosten tulkinta sekä niiden raportointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 64.)

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui lopulta 13 julkaisua, joiden julkaisuvuodet olivat aikaväliltä 2005-2015. Valitut julkaisut olivat sähköisesti eri tietokannoilla haettuja tieteellisiä artikkeleita sekä manuaalisesti haettuja tieteellisiä artikkeleita, sosiaali- ja terveysalan sekä suun terveydenhoidon ammattiliittojen julkaisuja. Alla olevassa tiedonhakuprosessi-kuviossa on esitelty lähdeaineiston valikointuminen (kuvio 2) ja lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto on taulukoituna opinnäytetyön lopussa (taulukko 3).



Kuvio 2. Tiedonhakuprosessi.

4.4 Aineiston analyysi

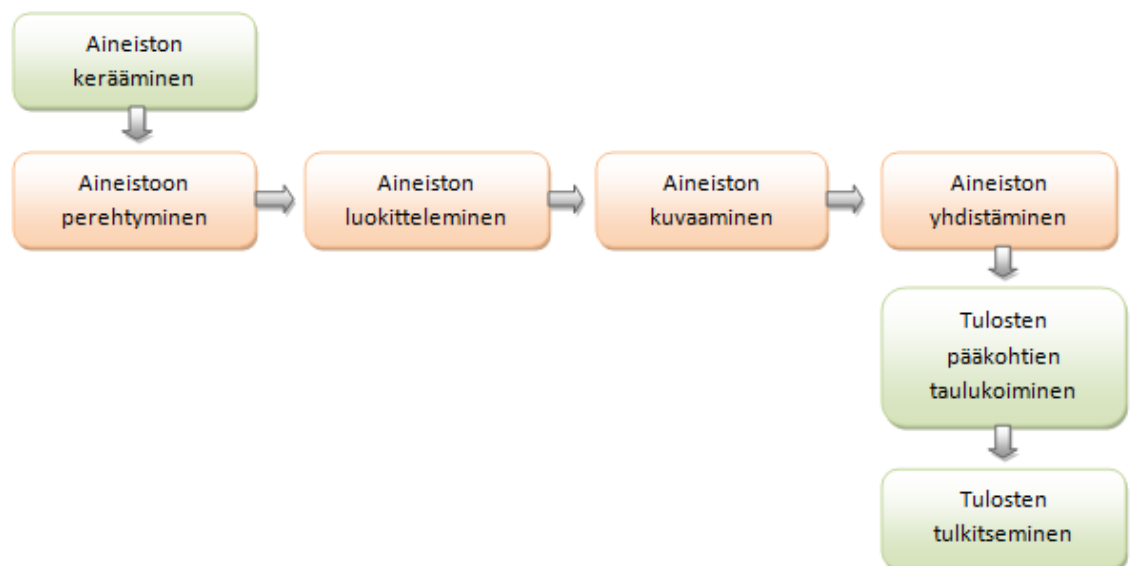
Aineisto analysoitiin laadullisesti ja analyysiä tehtiin koko tutkimusprosessin ajan. Keruuvaiheen jälkeen aineiston analysointi aloitettiin mahdollisimman pian. Osittain samanaikaisesti suoritettiin sekä aineiston analysointia että keräystä. Aineiston keräämisen jälkeen analyysin vaiheita olivat aineiston kuvaaminen, luokittelu sekä yhdistäminen (Hirsjärvi ym. 2009, 223). Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä, joka on laadulliseen tutkimukseen kuululle kirjallisuuskatsaukselle ominaista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123). Työssä valittiin käytettäväksi aineistolähtöinen eli induktiivinen analyysi, jolla pyrittiin luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Koska analyysi oli aineistolähtöistä, aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla tutkittavasta ilmiöstä ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Aineiston analysoinnin onnistuminen edellytti huolellista perehtymistä kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston sisältöön, jotta pystyttiin poimimaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. Tämän jälkeen ryhdyttiin suorittamaan aineiston luokittelua. Tutkimusongelmat toimivat yhtenä luokittelun perusteena eli pohdittiin, kuuluuko aineisto sisällöltään suun terveydenhoitotyöhön vai suun terveydenedistämistyöhön. Aineiston luokittelussa havaittiin, että suun terveydenhoitotyön sekä suun terveydenedistämistyön välinen raja on loppujen lopuk-

si tämän aihealueen suhteen hyvin häilyvä. Osittain sama kirjallisuuskatsauksen aineisto siis sopi antamaan vastauksen kumpaankin tutkimusongelmaan, mikä toi oman haasteensa aineiston luokitteluun.

Kun aineisto oli saatu tältä osin luokiteltua, pystyttiin yhdistämään aineistoja toisiinsa ja näin myös suorittamaan tarkemmin aineiston kuvaamista. Tutkimusongelmat antoivat myös suunnan aineiston kuvaamiselle, sillä tarkoituksena oli saada tutkimusongelmiin vastaus, kun aineisto oli luokiteltu ja yhdistetty. Lisäksi tutkimusongelmat yhdessä opinnäytetyön tavoitteen kanssa olivat osana vaikuttamassa siihen, että opinnäytetyön kannalta epäolennainen tieto karsiutui pois. Aineiston kuvaamisessa oli edelleen tärkeää huomioida lähteistä valikoidun tiedon sekä tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon välinen yhteys.

Aineiston kuvaamisen ja yhdistämisen jälkeen varmistettiin, että tutkimusongelmiin on saatu pätevät sekä tutkijoita tyydyttävät vastaukset. Tämän jälkeen saatujen tulosten pääkohdat taulukoitiin yhteenvedoiksi (taulukot 1 ja 2) ja nämä vastasivat tutkimusongelmia. Analyysin eteneminen on kuvattu alla olevassa kuviossa (kuvio 3).



Kuvio 3. Analyysin eteneminen.

5 TULOKSET

5.1 Suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan suun terveydenhoitotyössä

Suuhygienistin suorittamassa preventiivisessä terveydenedistämistyössä korostuvat suun sairauksien oireiden tunnistaminen, niiden hoito sekä riskitekijöiden ehkäisy (Hentunen ym. 2012, 9). Preventiivinen terveydenedistämistyö on tärkeässä roolissa etenkin uniapnean kohdalla, sillä mahdollisimman aikaisin havaittu uniapnea takaa parhaimman hoitotuloksen saavuttamisen. Useimmiten niin uniapneaa sairastavat kuin ei-sairastavat potilaatkin saattavat vierailla suuhygienistin vastaanotolla tiheämmin kuin hammaslääkärin tai lääkärin. Suuhygienisti on mahdollisesti siis ensimmäinen henkilö, joka havaitsee uniapneaan liittyviä oireita. Suuhygienistin suorittamassa tarkastuksessa voi tulla esille esimerkiksi erilaisia ongelmia purentaan liittyen, ja purentavirheiden varhainen tunnistus sekä hoito sen sijaan ehkäisevät uniapneaa. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2002.) Tämä edellyttää, että hoitotilanteessa suuhygienistin tulisi ottaa potilas kokonaisvaltaisesti huomioon (Suun Terveydenhoidon Ammattiliitto ry 2011).

Sairauden oireiden tunnistaminen voi olla moniosaista ja yhtenä esimerkkinä on käyttää uniapnean diagnosoinnissa apuna Mallampati-luokitusta (kuva 6), jolla kuvataan nielun ahtautta (Vuorjoki-Ranta 2013, 26). Tätä luokitusta käytettiin myös apuna tutkimuksessa, jossa selvitettiin, voivatko suuhygienistiopiskelijat hammaslääkärin valvonnan alaisena diagnosoida uniapneaa. Tutkimuksen tulosten perusteella suuhygienistiopiskelijat kykenevät Mallampati-luokituksen avulla erottamaan suun ja nielun kudosten poikkeavuuksia, jotka voivat kertoa uniapnesta. Sisällyttämällä suun ja nielun kudosten arvioinnin suun tutkimukseen, voi suuhygienisti tai suuhygienistiopiskelija todeta potilailla diagnosoimattoman uniapnean. (Kandray ym. 2013, 135-136.)

Riskitekijöiden tunnistaminen ja ehkäisy ovat suuhygienistin näkökulmasta tärkeässä roolissa. Obstruktiivisen uniapnean ja parodontiitin välisestä yhteydestä on tehty tutkimus, sillä näillä kahdella on paljon yhteisiä riskitekijöitä, kuten

miessukupuoli, korkea ikä, ylipaino, suuhengitys, tupakointi sekä runsas alkoholin käyttö. Tutkimuksessa todettiin, että potilailla, joilla on suuri riski sairastua uniapneaan, on suurempi todennäköisyys sairastua parodontiittiin kuin matalan riskin potilailla. Näin ollen tutkimuksen tulosten perusteella suurella uniapneaan sairastumisen riskillä ja keskivaikealla tai vaikealla parodontiitilla on positiivisesti merkitsevää yhteyttä. (Ahmad ym. 2013, 189-196.) Parodontologisten suun infektiosairauksien ehkäisy, varhaishoito ja ylläpito-hoidon hallinta on yksi suuhygienistin tärkeimmistä osaamisalueista, joten tältä osin suuhygienistillä on kattava tietämys aiheeseen ja niin myös riskitekijöihin liittyen. (Hentunen ym. 2012, 1-17.)

Sairauden seulonta toteuttaa myös preventiivisen terveydenedistämistyön piirteitä. Seulonnalla tarkoitetaan organisoitua oireettoman henkilön seulontaa, jotta sairaus voitaisiin havaita aikaisemmin kuin se muuten tulisi ilmi. Suomen Lääkärilehden artikkelissa on pohdittu uniapnean seulonnan tarvetta sekä sen seulontamenetelmiä. Tällä hetkellä seulonta Suomessa ei täytä seulonnan kriteereitä, mutta artikkelissa korostetaan, että terveydenhuollossa riskiryhmien aiempaa parempi tunnistaminen on tarpeen. Keskeistä tunnistamisessa on huolellinen anamneesi ja kliininen tutkimus, jonka perusteella potilas ohjataan tarvittaessa jatkotutkimuksiin. (Himanen ym. 2012, 2297.) Sen sijaan Kanadassa tehdyn tutkimuksen mukaan suuhygienistillä on merkittävä rooli uniapnean seulonnassa. Artikkelissa korostetaan, että uniapnea on hengenvaarallinen sairaus, joka jää usein diagnosoimatta. Tunnistamalla uniapneaan liittyviä merkkejä, oireita ja riskitekijöitä suuhygienisti voi helpottaa lääketieteellisen diagnoosin tekemistä. Tässäkin tapauksessa on todettu, että suuhygienisti voi tunnistaa päänaalueelta sekä suusta erilaisia riskitekijöitä, ja lisäksi hän voi käyttää diagnosoinnin tukena kyselykaavakkeita. Näiden pohjalta suuhygienisti tarpeen mukaan ohjaa potilaan jatkotutkimuksiin. Kun potilaalla todetaan uniapnea, on suuhygienisti hänen tukenaan ja auttaa häntä noudattamaan terveellisiä elämäntapoja sekä myös lisäämään hänen tietämystä sairaudestaan. (An & Ranson 2011, 238-245.)

Suuhygienistin tulee hallita työssään tiettyjä hammaslääketieteen erikoisalojen osatehtäviä, kuten oikomishoitoa sekä protetiikkaa (Suomen Terveystieteiden Ammattiliitto ry 2011). Oikomishoidon ja eriäviä protetiikan osatehtäviä suuhygienisti suorittaa moniammatillisessa tiimissä, jolloin toiminnassa suuhygienisti toteuttaa oikomishoidon tai protetiittisen hoidon hoitosuunnitelmaa. Suuhygienistin on oikomishoidossa hallittava muun muassa ortodontiset kojeet, laitteet ja materiaalit, irtokojeiden jäljennökset ja sovitus, kojeiden välitarkastukset sekä jäljennösten, purentaindeksin ottaminen, mallien valaminen ja hionta. Protetiikan osatehtäviä ovat esimerkiksi proteesien painokohtien hionta, pinteiden kiristys, jäljennösten ottaminen sekä väliaikaiset pohjaukset. Suuhygienistin on hallittava myös tyypillisimmät oikomiseen ja protetiikkaan liittyvät ensiaputoimenpiteet. (Hentunen ym. 2012, 14-17.) Uniapnean hoidossa käytettävät uniapneakiskot muistuttavat etenkin oikomishoidossa käytettäviä kojeita ja aktivaattoreita (Puustinen ym. 2005).

Ennen uniapneakiskohoidon aloittamista otetaan huomioon potilaan suun terveyteen liittyviä asioita sekä motivoituneisuus kyseiseen hoitomuotoon. Ennen kaikkea huonokuntoinen hampaisto tulee hoitaa kuntoon ennen uniapneakiskon valmistusta. Mikäli potilaalla on vaikea hampaiden kiinnityskudossairaus, vaikeita purennan dysfunktiovaivoja tai hampaisto on huomattavasti vajaalukuinen, joka voi vaikeuttaa kiskon valmistusta ja käyttöä, ei kisko tule tällöin käyttää uniapnean hoidossa. (Puustinen ym. 2005.) Myös kuivan suun oireet tai sitä aiheuttavat lääkkeet sekä tunnetut materiaaliherkkyydet tulee myös huomioida ennen uniapneakiskohoidon aloittamista (Tegelberg & Lindberg 2015, 46).

Uniapneakiskon pitkäaikaikäkäytössä voi muodostua purennan muutoksia, joiden vuoksi potilaan tulee käydä vuosittain hammaslääkärin tarkastuksessa (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013). Uniapneakiskohoito aiheuttaa purentaelimen lisärasitusta, minkä vuoksi lihas-, purenta- ja hammasongelmien ilmentyminen on mahdollista (Tegelberg & Lindberg 2015, 46). Mikäli uniapneakiskoa ei valmisteta potilaalle yksilöllisesti, voi se aiheuttaa muun muassa purennan muutoksia ja hampaiden liikkuvuutta (Ingman ym. 2012, 710). Leukanivel- ja puremalihashaavat saattavat olla ongelma kiskoä käytettäessä, mutta kisko saattaa toimia

myös näiden vaivojen helpottajana purentakiskon tavoin ja siten auttaa purentaelimen toimintahäiriöissä (Ingman ym. 2012, 711). Suuhygienistin suorittama ordonttinen hoitotyö edellyttää purennan rekisteröintiä suun terveystarkastusten yhteydessä (Hentunen ym. 2012, 14).

Alla olevassa taulukossa (taulukko 1) on lueteltu yhteenvetona saadut tulokset suuhygienistin asiantuntijuudesta uniapneapotilaan terveydenhoitotyössä.

<p>Suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan terveydenhoitotyössä</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suun sairauksien oireiden tunnistaminen • Suun sairauksien hoitaminen <ul style="list-style-type: none"> ○ esimerkiksi parodontiitti • Suun sairauksien riskitekijöiden ehkäiseminen • Uniapnean havaitseminen <ul style="list-style-type: none"> ○ Mallampati-luokituksella suun ja nielun kudosten poikkeavuuksien erottaminen • Purentavirheiden tunnistaminen • Lihas-, purenta- ja hammasongelmien hoitaminen • Uniapnean riskitekijöiden tunnistaminen <ul style="list-style-type: none"> ○ esimerkiksi ylipaino, suuhengitys ja tupakointi • Potilaan ohjaaminen jatkotutkimuksiin • Potilaan tiedon lisääminen uniapneasta • Uniapneakiskoihin liittyvät toimenpiteet <ul style="list-style-type: none"> ○ ensiapuluontoiset toimenpiteet ○ esimerkiksi jäljennökset, purentaindeksin ottaminen, sovitus • Purennan rekisteröinti suun terveystarkastuksen yhteydessä • Terveiden edistäminen • Huonokuntoisen hampaiston hoitaminen ennen uniapneakiskohoitoa

Taulukko 1. Suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan terveydenhoitotyössä.

5.2 Suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan terveydenedistämistyössä

Suuhygienistin suorittamassa promotiivisessa terveydenedistämistyössä asiakkaita valmennetaan suun omahoidossa osana yleisterveyttä. Tähän edistämistyöhön kuuluu lisäksi erilaisten suun terveyden edistämismenetelmien ja työmuotojen kehittäminen. Myös preventiivinen terveydenedistämistyö kuuluu osaltaan tähän. Yhtenäisyydessään suun ja hampaiden terveyden edistäminen on osana koko kehon terveyden edistämistä. (Hentunen ym. 2012, 9.)

Uniapnean tavanomaisia riskitekijöitä ovat muun muassa tupakointi, alkoholin runsas käyttö, stressi, keskivartalolihavuus, liikapaino, paksu kaula, ahdas nielu, nenän tukkoisuus ja miessukupuoli (Himanen ym. 2012, 2296). Myös päiväkainen väsymys ja mielialahäiriöt liittyvät uniapneaan (Himanen ym. 2012, 2293). Nämä kaikki oireet ja riskitekijät ovat sellaisia, jotka terveydenhuollon ammattilainen kykenee tunnistamaan. Suuhygienistin työtehtäviin kuuluu terveyden edistäminen ja näin ollen hänellä on valmiudet neuvoa potilasta noudattamaan terveellisiä elämäntapoja. On tärkeää vaikuttaa potilaan omaan käyttäytymiseen myös uniapneaan sairastumisen ennaltaehkäisyssä. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2002.) Suuhygienistin vastaanotolla tyypillisimpiin terveyttä edistäviin toimenpiteisiin kuuluvat suun omahoidon ohjaus, ravitsemusohjaus sekä päihdevalistus (Hentunen ym. 2012, 9-10). Uniapnean tavanomaiset riskitekijät, kuten päihteiden liian runsas käyttö ja keskivartalolihavuus sekä liikapaino, ovat verrattavissa suuhygienistin terveydenedistämisosamiin. Ravintoneuvonta ja ravitsemusopin tuntemus ovat merkittävässä asemassa keskivartalolihavuudesta sekä liikapainosta kärsivien potilaiden kohtaamisessa, ja tupakan sekä muiden päihteiden vaikutusten tunteminen, käytön lopettamisen tukeminen ja neuvonta sen sijaan tupakoivan tai muita päihteitä käyttävän potilaan kohtaamisessa. (Hentunen ym. 2012, 9-10.) Uniapnean toteuttamisen jälkeen suuhygienistin on myös motivoitava potilasta omaan hoitoonsa (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2002).

Suuhygienistillä on koulutuksen puolesta valmiudet hammaslääketieteen erikoisalojen hallintaan, kuten oikomiseen, protetiikkaan ja purentafysiologiaan (Hentunen ym. 2012, 14-17). Uniapneaan voi liittyä aamupäänsärkyä ja uniap-

neakiskon käytön yhteydessä voi ilmetä leukanivelten sekä puremalihasten lievää aamujäykkyyttä (Puustinen ym. 2005; Tegelberg & Lindberg 2015). Suuhygienistilla voi olla purentafysiologista osaamista näiden oireiden helpottamiseen ja ehkäisyyn esimerkiksi voice massage –hieronnasta, jonka tavoitteena on poistaa lihasjännityksiä hengitykseen ja äänentuottoon osallistuvista lihasryhmistä klassisen hieronnan ottein. (Hentunen ym. 2012, 16-17; Kansaneläkelaitos 2015.) Tämä on kuitenkin varsin uusi hoitomuoto ja järjestetään monesti vain lisäkoulutuksena, joten ei voida taata, että kaikilla suuhygienisteilla on osaamista tästä osa-alueesta (Hentunen ym. 2012, 16-17).

Uniapneakiskon omahoidon ohjaus on myös osa terveydenedistämistä. Suuhygienistin toteuttamaan terveyden edistämiseen kuuluvat suun välineiden tuntemus ja käytön opastaminen, jolloin suuhygienistilla näin ollen tulisi olla valmiudet opastaa muun muassa erilaisten kojeiden puhdistuksessa (Hentunen ym. 2012, 9). Uniapneakiskon omahoito vastaa proteesien sekä purentakiskon hoitoa. Kiskot tulee puhdistaa kotona käytön jälkeen aamuisin. Puhdistukseen kuuluu kiskon sisäpintojen puhdistus pehmeällä hammasharjalla ja tarvittaessa voi käyttää mietoa saippualiuosta tai proteesipuhdistusainetta. Liian hankaavien tai voimakkaiden hammastahnojen ja suuvesien käyttöä tulisi välttää, etteivät ne vahingoita kiskon pintaa. Kisko tulee säilyttää kuivana puhtaassa ja ilmastossa rasiassa. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013.)

Uniapneakiskon seurannasta on huolehdittava aktiivisesti myös sen jälkeen, kun potilas on saanut kiskon käyttöönsä ja tottunut siihen. Hoitotulosta voidaan arvioida esimerkiksi potilaan omien kokemusten ja uuden unirekisteröinnin avulla. (Tegelberg & Lindberg 2015, 47.) Ensimmäisen kerran hoitoa kontrolloidaan 1-2 kuukauden kuluttua sovituksen jälkeen ja tarvittaessa kiskoa voidaan myös muokata. Noin puolen vuoden käytön jälkeen suositellaan unirekisteröintiä yhdessä kiskon kanssa. (Ingman ym. 2012, 710.) Suuhygienistin oikomishoidon ja protetiikan osatehtävien hallintaan kuuluvat muun muassa kojeiden välitarkastukset, irtokojeiden jäljennökset ja sovitus, purentaindeksin ottaminen sekä väliaikaiset pohjaukset. Tältä osin suuhygienistilla on siis osaamista erilaisten kojeiden seurannasta. (Hentunen ym. 2012, 14-17.)

Alla olevassa taulukossa (taulukko 2) on lueteltu yhteenvedona saadut tulokset suuhygienistin asiantuntijuudesta uniapneapotilaan terveydenedistämistyössä.

<p>Suuhygienistin asiantuntijuus</p> <p>uniapneapotilaan terveydenedistämistyössä</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Uniapnean riskitekijöiden tunnistaminen <ul style="list-style-type: none"> ◦ esimerkiksi päihteiden runsas käyttö, liikapaino, ahdas nielu ja mielialahäiriöt • Potilaan suun omahoidon ohjaus <ul style="list-style-type: none"> ◦ esimerkiksi harjausopetus • Terveyden edistäminen <ul style="list-style-type: none"> ◦ esimerkiksi ravitsemusneuvonta ja päihdevalistus • Purentafysiologinen hoito oireiden helpotukseen ja ehkäisyyn <ul style="list-style-type: none"> ◦ voice massage –hieronta • Uniapnean diagnosoinnin jälkeen potilaan motivointi omaan hoitoon • Uniapneakiskon omahoidon ohjaus • Uniapneakiskohoidon seuranta • Jäljennösten, purentaindeksien ja välitarkastuksien suorittaminen

Taulukko 2. Suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan terveydenedistämistyössä.

6 TULOSTEN TARKASTELU

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälainen on suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan hoidossa. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan todeta, että suuhygienistin asiantuntijuus uniapneapotilaan hoidossa keskittyy pääasiassa terveyden edistämiseen. Tämä pitää sisällään potilaan ohjausta noudattamaan terveellisiä elämäntapoja, suun omahoidon ohjausta, ravitsemusohjausta sekä päihdevalistusta (Hentunen ym. 2012, 9-10). Suuhygienisti ohjaa potilasta näissä asioissa uniapneaan sairastumisen ehkäisemiseksi, koska lievässä uniapneassa hoidoksi voi riittää laihdutus ja elämäntapamuutokset (Käypä hoito 2010). Myös uniapnean diagnosoinnin jälkeen suuhygienisti toteuttaa potilaan ohjausta tältä osin ja sen lisäksi huolehtii potilaan suun terveydestä.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa uniapneasta suun terveydenhuollossa sekä myös mahdollistaa suuhygienistin työkuvan monipuolistaminen tulevaisuudessa. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella suuhygienistin työkuva voisi laajentaa, jotta etenkin uniapneapotilaat saisivat kokonaisvaltaista hoitoa. Myös suuhygienistien tietämystä uniapneasta sairautena tulisi lisätä.

Uniapneaa sairastavien määrä kasvaa koko ajan, ja tämän takia on tärkeää lisätä suuhygienistien tietoa sairaudesta, jotta potilas saisi diagnoosin sairautensa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa (Käypä hoito 2010). Suuhygienistin tulisi myös osata kertoa uniapneapotilaalle uniapneasta sairautena sekä sen hoidosta. Terveydenalan ammattilaisena on suuhygienistin sopeuduttava nopeasti muuttuviin tilanteisiin ja erilaisiin asiakkaisiin (Hentunen ym. 2012, 9).

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että muualla maailmassa suuhygienisteillä on tärkeä rooli uniapnean seulonnassa ja ylipäätään korkeampi tietämys sekä osaaminen uniapnesta sairautena. Usein potilas vierailee tiheämmin suuhygienistin vastaanotolla kuin muiden terveydenhuollon ammattilaisten. Suuhygienisti saattaa siis olla ensimmäinen henkilö, joka havaitsee uniapneaan liittyviä oireita. Tutkimuksen mukaan sisällyttämällä suun ja nielun kudosten arvioinnin

suun tutkimukseen, voi suuhygienisti tai suuhygienistiopiskelija todeta potilaalla diagnosoimattoman uniapnean. (Kandray ym. 2013, 135-136.) Uniapnean seulonnassa ja sen tunnistamisessa on tärkeää huolellinen anamneesi sekä kliininen tutkimus (Himanen ym. 2012, 2297). Näiden lisäksi apuna voi käyttää myös erilaisia kyselykaavakkeita (An & Ranson 2011, 238-245) ja uniapnean seulontaan sekä diagnosointiin kehitettyjä luokituksia, kuten Mallampati-luokitusta (Vuorjoki-Ranta 2013, 26).

Uniapnean tavanomaisia riskitekijöitä ovat esimerkiksi tupakointi, alkoholin runsas käyttö, stressi, keskivartalolihavuus, liikapaino, paksu kaula, ahdas nielu, nenän tukkoisuus ja miessukupuoli (Himanen ym. 2012, 2296). Potilaan kasvo- ja leukarakenteiden piirteiden perusteella pystytään havaitsemaan mahdollinen altistuminen uniapneaan (Lehtimäki & Vähätalo 2008). Obstruktiivisella uniapnealla ja parodontiitilla on paljon yhteisiä riskitekijöitä, joten potilailla joilla on suuri riski sairastua uniapneaan, on suurempi todennäköisyys sairastua myös parodontiittiin. (Ahmad ym. 2013, 189-196.) Terveystieteiden ammattilaisena suuhygienistillä on osaamista tunnistaa näitä riskitekijöitä. Sen vuoksi olisikin ensiarvoisen tärkeää lisätä suuhygienistien tietoa uniapnesta sairautena, jotta potilas voitaisiin lähettää myös suuhygienistin toimesta jatkotutkimuksiin ja tämän myötä hän saisi diagnoosin sairaudestaan.

Uniapnean toteamisen jälkeen on potilaan suun terveys huolehdittava kuntoon ennen uniapneakiskohoidon aloittamista. Suuhygienisti osallistuu tähän esimerkiksi erilaisilla kariologian ja parodontologian hoitotoimenpiteillä sekä potilaan terveyden edistämällä. (Hentunen ym. 2012, 9-13.) Yksilöllisiä uniapneakiskoja varten hammaslääkäri suorittaa kliinisen tutkimuksen hampaistosta, purentasta, leukanivelistä sekä puremalihaksista. Lisäksi tutkimuksen tueksi vaaditaan myös röntgenkuvia. Näiden toimenpiteiden jälkeen hampaistosta otetaan alginaattijäljennökset sekä purentaindeksi. (Ingman ym. 2012, 710.) Suuhygienisti hallitsee koulutuksensa puolesta erilaisia protetiikan sekä ortodontian osatehtäviä, kuten kojeiden välitarkastuksia, irtokojien jäljennöksiä ja sovitusta, purentaindeksin ottamista sekä väliaikaisia pohjauksia. (Hentunen ym. 2012, 14-17.) Uniapnean hoidossa käytettävät uniapneakiskot muistuttavat oikomis-

hoidossa käytettäviä kojeita ja aktivaattoreita (Puustinen ym. 2005). Tämän perusteella voidaan todeta, että suuhygienistin osaamista voisi tämän suhteen hyödyntää ja samalla myös monipuolistaa suuhygienistille kuuluvia työtehtäviä.

Uniapneakisko voi aiheuttaa potilaalle monenlaisia lyhyt- tai pitkäaikaisia ongelmia. Uniapneakiskon pitkäaikaisessa käytössä voi potilaalle muodostua lihas-, purenta- ja hammasongelmia. (Tegelberg & Lindberg 2015, 46.) Uniapneakiskon käytössä voi ilmetä myös haitallisia lyhytaikaisia sivuvaikutuksia, kuten kipua leukanivelissä ja lihaksissa (Battagel & Kotecha 2005, 149-156). Suuhygienistillä voi olla purentafysiologista osaamista, esimerkiksi voice massage – hieronnasta, tällaisten oireiden ehkäisyyn ja helpotukseen. (Kansaneläkelaitos 2015.) Suuhygienistin toteuttamaan terveydenedistämiseen kuuluvat myös suun välineiden tuntemus ja käytön opastaminen, joten näin ollen suuhygienistillä tulisi myös olla valmiudet opastaa muun muassa erilaisten kojeiden omahoidossa. (Hentunen ym. 2012, 9).

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Koko opinnäytetyöprosessin ajan pyrittiin noudattamaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä, mikä on osa tutkimusetiikkaa. Tämä tarkoittaa, että molemmat osapuolet sitoutuivat noudattamaan eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Heitä edellytettiin myös noudattamaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sekä tutkimustulosten esittämisessä. (Vilkkä 2005, 29-30.)

Eettisyys koskee opinnäytetyön laatua. Jotta tutkimus on laadukas, on myös tutkimussuunnitelman oltava laadukas, valitun tutkimusasetelman sopiva ja raportoinnin hyvin tehty. Näiden toteutumisesta huolehtivat opinnäytetyön tekijät, joita ohjasi opinnäytetyöprosessissa eettinen sitoutuneisuus. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 127.) Kirjallisuuskatsaus katsottiin tutkimuksen kannalta sopivimmaksi menetelmäksi ja se myös antoi sekä pätevät että luotettavat vastaukset tutkimusongelmiin. On kuitenkin huomioitava, että mikäli kirjallisuuskatsauksessa käytetty lähdemateriaali ei ole luotettavuutensa suhteen riittävä, on sillä suora vaikutus tämän opinnäytetyön luotettavuuteen. Tavoitteena on ollut kaikesta huolimatta löytää kirjallisuuskatsaukseen mahdollisimman luotettavaa sekä laadukasta lähdeaineistoa.

Laadullisessa tutkimuksessa ei ole yksiselitteisiä ohjeita luotettavuuden arviointiin. Kuitenkin tässä työssä ainakin yksi luotettavuutta lisäävä tekijä oli, että opinnäytetyö tehtiin kahden henkilön yhteistyönä, ja se on myös kirjallisuuskatsausta tehdessä suositeltavaa. Useamman kuin yhden tekijän tekemä työ vähentää virheiden mahdollisuutta, mikä taas lisää luotettavuutta (Johansson ym. 2007, 55). Näin myös taataan, että tutkittavasta aiheesta syntyy enemmän erilaisia näkökulmia.

Aineistokielet olivat ainoastaan suomi ja englanti, sillä tekijät kokivat omasta kielellisestä näkökulmastaan nämä kaksi riittävän vahvoiksi aineiston ymmärryksen kannalta. Vieraskieliset lähteet voivat olla myös yksi luotettavuutta heikentävä tekijä, mikäli kielelliset taidot eivät ole riittävät vieraskielisen tekstin tul-

kitsemiseen. Näin ollen pitäytyminen suomen- ja englanninkielisessä materiaa-
lissa oli perusteltua luotettavuuden lisäämiseksi. Opinnäytetyöhön löytyi lopulta
vähän tieteellistä lähdemateriaalia, mikä voi johtua valituista aineistokielistä tai
lähdemateriaalin haastavasta saatavuudesta muun muassa riittämättömien lu-
kuoikeuksien vuoksi. Tällä lähdemateriaalin vähäisyydellä voi olla myös opin-
näytetyön luotettavuutta heikentävä vaikutus.

Luotettavuutta ja uskottavuutta lisäsi se, että työssä selitettiin tiedon hankinnan
keinot ja vaiheet, perusteltiin valinnat, selitettiin aineiston kuvaamisen sekä ai-
neiston analyysin tekniikat. Tutkimuksessa käytettyjen menetelmien selittämi-
sessä oli oltava huolellinen, jotta lukija pystyy arvioimaan menetelmien ja ai-
neistojen asianmukaisuutta, edustavuutta sekä tulosten luotettavuutta (Hirsjärvi
ym. 2009, 261). Kun tutkimusprosessi ja sen eteneminen on tarkasti kuvattu,
tarvittaessa kuka tahansa voi toistaa tutkimuksen päätyen samaan lopputulok-
seen. Esimerkiksi tiedonhakutaulukko (liite 1), tiedonhakuprosessin (kuvio 2)
sekä analyysin etenemisen kuvaaminen (kuvio 3) ovat yhdessä edesauttamas-
sa tätä. Kun tutkimus on toistettavissa, lisää se myös osaltaan sen luotettavuut-
ta (Johansson ym. 2007, 55).

Opinnäytetyön työstäminen on aloitettu syksyllä 2014 tutkimussuunnitelman
teolla, jonka myötä edettiin varsinaisen opinnäytetyön pariin sen pitäen sisäl-
lään kirjallisuuskatsauksen käsittelyn. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöproses-
siin kului siis aikaa noin vuosi. Kirjallisuuskatsauksen virheettömyys edellyttää,
että siihen on käytetty riittävästi aikaa eli vähintään puoli vuotta (Johansson ym.
2007, 55). Tämän perusteella voidaan sanoa, että opinnäytetyön ajankäytön
suhteen on onnistuttu.

Terveystenhoito ja tekniikka kehittyvät nopeasti, joka vaikuttaa hoitotyön käy-
täntöön (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 70). Tämän takia kirjalli-
suushakuja tehdessä opinnäytetyöhön ei valittu yli kymmenen vuotta vanhoja
lähteitä, vaan pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoretta tietoa.

8 POHDINTA JA KEHITTÄMISAJATUKSET

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite ovat toteutuneet omalta osaltaan onnistuneesti. Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin molempiin tutkimusongelmiin opinnäytetyön tekijöitä tyydyttävät vastaukset ja vieläpä laaja-alaisemmat kuin alun perin oli kaavailtu. Tavoitteen mahdolliset onnistuneet vaikutukset tullaan kuitenkin näkemään vasta myöhemmin tulevaisuudessa.

Kirjallisuuskatsauksen tieteellisen lähdeaineiston vähäisyydellä koettiin sen sijaan olevan vaikutuksia. Jos lähdeaineistoa olisi ollut vielä kattavammin, olisi se myös näin ollen lisännyt vielä enemmän tulosten yleistettävyyttä. Työhön olisi saatu erilaisia näkökulmia, jos käytetyn menetelmän tueksi olisi hyödynnetty alan asiantuntijan haastattelua. Opinnäytetyössä olisi voitu haastatella esimerkiksi suuhygienistiä, joka kohtaa työssään tavanomaista enemmän uniapneapotilaita. Erilaisia näkökulmia olisi tarjonnut myös se, että tuloksia olisi tarkasteltu myös muiden terveydenalan ammattilaisten näkökulmista.

Voidaan kuitenkin todeta, että opinnäytetyön tuloksista voivat hyötyä niin suun terveydenhuollon ammattilaiset ja opiskelijat kuin uniapneaa sairastavatkin. Konkreettisia vaikutuksia kartutettaisiin, jos esimerkiksi suuhygienistiopiskelijoiden koulutukseen lisättäisiin opintoja uniapneasta. Ehdotuksena olisi lisätä opintoihin luento uniapneasta, jossa käsiteltäisiin uniapneaa sairautena ja sen riskitekijöitä. Lisäksi olisi merkittävää ohjeistaa, miten uniapneapotilas huomioidaan vastaanotolla. Opintoihin kuuluvat harjoittelut, opinnäytetyö ja vapaasti valittavat opinnot tarjoavat jo nyt suuhygienistiopiskelijalle mahdollisuuden sisällyttää uniapnean osaksi opintoja omaehtoisesti (Opetusministeriö 2006, 97).

Ammattikorkeakoulut vastaavat tällä hetkellä itse koulutuksen suunnittelusta ja opetusministeriö hyväksyy laaditut koulutussuunnitelmat. Opetusministeriö on kuitenkin laatinut suuhygienistin ammatista osaamiskuvauksen ja antanut ohjeistuksen keskeisistä opinnoista sekä vähimmäisopintoviikkomääristä. (Opetusministeriö 2006.) Ammattikorkeakoulut huomaavat herkemmin koulutuksen uudistuksen tarpeen, esimerkiksi opinnäytetöiden, muiden tutkimusten tai käy-

tännön kautta, ja lisäksi niillä on myös valta koulutuksen suunnittelussa. Näin ollen voidaan olettaa, että tällöin olisi matalampi kynnys huomioida uniapnea suuhygienistin koulutuksessa.

Koulutuksen lisäksi ehdotuksena olisi sisällyttää tietoa uniapnesta sekä opinnäytetyön tulokset osaksi jonkun suun terveydenhuollon ammattiliiton materiaalia. Näin myös voitaisiin lisätä jo valmistuneiden suuhygienistien tietämystä uniapnesta ja olla täten mukana vaikuttamassa heidän ammattitaitonsa kehittämiseen. Oletettavasti myös suuhygienistiopiskelijat pääsisivät tätä kautta kehittämään omaa osaamistaan.

Etenkin nuoret suuhygienistit kaipaisivat monipuolisempaa työnkuvaa ja eritoten oikomishoidon toimenpiteisiin on halukkuutta (Karjalainen ym. 2010). Tulosten perusteella voidaan todeta, että uniapneapotilaan hoidossa suuhygienisti voisi toteuttaa muun muassa oikomishoitoon rinnastettavia toimenpiteitä, kuten uniapneakiskon jäljennöksiä, purentaindeksin ottamista sekä välitarkastuksia.

On todettu, että suuhygienistien oman halukkuuden ja kiinnostuksen lisäksi työnkuva on monipuolistumassa myös kasvaneen tarpeen vuoksi. Työnjakomuutoksia tapahtuu etenkin hammaslääkäreiden ja suuhygienistin välillä, joten esimerkiksi tällä hetkellä hammaslääkärille kuuluvia uniapneapotilaan hoitotoimenpiteitä voi tulevaisuudessa herkemmin siirtyä suuhygienistin hoidettavaksi. Tulokset osoittavat, että suuhygienisteillä on jo nyt vaadittavaa osaamista näistä hoitotoimenpiteistä, joten näin ollen työnjakomuutokset ovat helpommin toteutettavissa.

Suuhygienistin työnkuvan monipuolistamisella vaikutetaan työn mielekkyyteen ja tämän myötä työhyvinvointiin, mutta lisäksi ollaan tarjoamassa uniapneapotilaille kokonaisvaltaista hoitoa sekä varhaisdiagnosoinnilla ja riskien tunnistamisella estämässä uniapnean etenemisen. Ideaalitalanteessa suuhygienisti voisi omalla ammattitaidollaan olla vähentämässä uniapneaan sairastuneiden määrää ja olla myös tätä kautta mukana edistämässä koko väestön terveyttä.

9 KUVAT



Kuva 1. Herbstin koje (Parikka 2008, 9).



Kuva 2. Silensor-koje (Parikka 2008, 11).



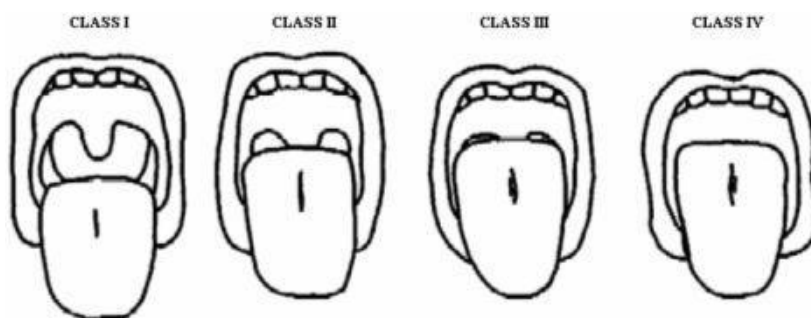
Kuva 3. Silensor-koje (Puustinen ym. 2015, 914).



Kuva 4. Monoblock-koje (Parikka 2008, 10).



Kuva 5. Monoblokki-tyyppinen koje (Puustinen ym. 2015, 914).



Kuva 6. Mallampati-luokitus (Kandray ym. 2013).

10 TAULUKOT

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksessa käytetty aineisto.

ARTIKKELIN KIRJOITTAJAT	ARTIKKELIN NIMI	JULKAISUVUOSI
Ahmad, N. E.; Sanders, A. E.; Sheats, R.; Brame, J. L. & Essick, G. K.	Obstructive Sleep Apnea in Association with Periodontitis: a Case–Control Study	2013
An, S-L.; & Ranson, C.	Obstructive sleep apnea for the dental hygienist: Overview and parameters for interprofessional practice	2011
Hentunen, A.; Huurinainen, E.; Joutsenniemi, A.; Kirjavainen, K. & Korpisaari, J.	Kuntasektorin suuhygienistin työtehtävät ja vaativuustasot	2012
Himanen, S-L.; Rauhala, E. & Saaresranta, T.	Kansantauti uniapnea - pitäisikö sitä seuloa?	2012
Ingman, T.; Mäkitie, A.; Bäck, L.; Arte, S. & Bachour, A.	Uniapneakiskosta voi olla apua monelle	2012
Kandray, D. P.; Juruaz, D.; Yacovone, M. & Chang, A.	Inter-Rater Reliability of the Mallampati Classification for Patients in a Dental Hygiene Clinic.	2013
Kansaneläkelaitos	Sairaanhoitokorvaukset: Voice massage	2015
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	Uniapneakiskon käyttöohjeet	2013
Puustinen, R; Pahkala, R. & Pukila, M.	Obstruktiivinen uniapneasyndrooma	2005
Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja	Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012	2002
Suun Terveystieteiden Ammattiliitto ry	Tietoa ammatista	2011
Tegelberg, Å. & Lindberg, E.	Kuorsaus ja obstruktiivinen uniapnea – diagnostiikka ja hoito yhteistyössä	2015
Vuorjoki-Ranta, T-R.	Uniapnea ja suukojeet	2013

LÄHTEET

Aalto, S. 2013. Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos – Ohjaus 18/2013, 40.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110536/URN_ISBN_978-952-302-023-8.pdf?sequence=1

Ahmad, N. E.; Sanders, A. E.; Sheats, R.; Brame, J. L. & Essick, G. K. 2013. Obstructive Sleep Apnea in Association with Periodontitis: a Case–Control Study. *Journal of Dental Hygiene*. Vol. 87, No 4/2013, 188-199.

An, S.-L.; & Ranson, C. 2011. Obstructive sleep apnea for the dental hygienist: Overview and parameters for interprofessional practice. *Canadian Journal of Dental Hygiene*. Vol 45, No 4/2011, 238-252.

Anttalainen, U. 2011. Naisten uniapnea – tunnistammeko sen erityispiirteet? *Suomen Lääkärilehti* 10/2011 vsk 66, 819-825.

Battagel, JM. & Kotecha, B. 2005. Dental side-effects of mandibular advancement splint wear in patients who snore. *Clin Otolaryngol*. No Apr;30(2)/2005:149-56.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15839867>

Ferguson, K. A.; Cartwright, R.; Rogers, R. & Schmidt, Schmidt-Nowara, W. 2006. Oral appliances for snoring and obstructive sleep apnea: A review. *SLEEP*. Vol 29, No 2/2006, 244-262.

Gerber, S.; Tallon, D.; Trelle, S.; Schneider, M.; Jüni, P. & Egger, M. 2007. Bibliographic study showed improving methodology of meta-analyses published in leading journals 1993-2002. *Journal of Clinical Epidemiology* 60(8), 773-780.

Hentunen, A.; Huurinainen, E.; Joutsenniemi, A.; Kirjavainen, K. & Korpisaari, J. 2012. Kuntasektorin suuhygienistin työtehtävät ja vaativuustasot. Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry ja Akavan Erityisalat ry. Helsinki 2012.

Himanen, S.-L.; Rauhala, E. & Saaresranta, T. 2012. Kansantauti uniapnea - pitäisikö sitä seuloa? *Suomen Lääkärilehti* 34/2012, 2293-2297.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi, 121, 223, 259, 261.

Hoffstein, V. 2007. Review of oral appliances for treatment of sleep-disordered breathing. *Sleep Breath*. No Mar;11(1)/2007: 1-22.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1794626/>

Ingman, T.; Mäkitie, A.; Bäck, L.; Arte, S. & Bachour, A. 2012. Uniapneakiskosta voi olla apua monelle. *Suomen Hammaslääkärilehti* 9/2012, 710-711 vsk 67.

Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R.-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku; Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 51/2007, 47, 55, 59.

Kandray, D. P.; Juruaz, D.; Yacovone, M. & Chang, A. 2013. Inter-Rater Reliability of the Mallampati Classification for Patients in a Dental Hygiene Clinic. *Journal of Dental Hygiene*. Vol. 87, No 3/2013, 134-139.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. WSOY-pro Oy, 64, 70, 74, 75.

Kansaneläkelaitos. 2015. Sairaanhoidokorvaukset: Voice massage. Viitattu 3.10.2015
<http://www.kela.fi/documents/10180/578283/sairaanhoidokorvaukset.pdf/4821e482-ae7b-45fc-a622-cd8c07beb38c>

Karjalainen, H.; Turunen, S. & Murtomaa, H. 2010. Työnjako hammashuollossa. Suomen Hammaslääkärilehti 9/2010, 23-27.

Käypä hoito 2010. Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla). Viitattu 29.4.2014
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99204&p_haku=uniapnea

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18(1), 37-45.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 11.9.2015. Saatavilla:
<https://www.finlex.fi/fi/>

Lehtimäki, K. & Vähätalo, K. 2008. Uniapnea. Viitattu 29.4.2014
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/tod/koti?p_artikkeli=tod21200&p_haku=uniapnea

LTK- Hammaslääketiede 2013. Opinto-opas 2012-2013. Viitattu 25.11.2014
https://weboodi oulu.fi/oodi/vl_kehys.jsp?Kieli=1&MD5avain=&vl_tila=1&Opas=770&Org=95

McGowan, J. & Samson, M. 2005. Systematic reviews need systematic searches. Journal of Medical Library Association 93(1), 74-80.

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Viitattu 25.11.2014
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>

Opintopolku 2015. Suuhygienisti (AMK), päivätoteutus. Viitattu 11.9.2015
<https://opintopolku.fi/app/#/korkeakoulu/1.2.246.562.17.94065243357>

Parikka, T. 2008. Rappliance - palautinkisko: uudentyyppisen kuorsauksenestokojeen suunnittelu ja valmistus. AMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 21.3.2015
<http://www.hammasteknikko.fi/tiedostot/RAPPLIAN.pdf>

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2013. Uniapneakiskon käyttöohjeet. Potilasohje Viitattu 22.11.2014
http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fverkkoinfo.kuh.fi%2Fohjeet%2Ffiles%2F100016%2F205589_1_0.DOCX&ei=GZ1wVP3tGMTRYwPNloLoDQ&usg=AFQjCNE77ZhbG_JA-EY75zHqknHuyMfXQA&bvm=bv.80185997,d.bGQ

Puustinen, R; Pahkala, R. & Pukkila, M. 2005. Obstruktiivinen uniapneasyndrooma. Suomen Hammaslääkärilehti 16/2005, 914.

Raunio, A. 2004. Uniapneataudin hoito on lääketieteen erikoisalojen yhteistyötä: Pohjolan Lääkäripäivät osa III. Suomen Hammaslääkärilehti 15/2004, vol 11, 858-861.

Roos, M. 2014. Suuhygienisti suun terveydenhuollossa. Viitattu 25.11.2014
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/tod/koti?p_artikkeli=tod29010&p_haku=suuhygienisti

Saarin, A. 2011. Uniapnean alueellinen hoitosuositus Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Viitattu 29.4.2014.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00681&p_haku=alueellinenhoitosuositusKeski-Suomensairanhoitopiirissä.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:4. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012. Viitattu 21.3.2015

<http://filha-fi-bin.directo.fi/@Bin/5684261ff9cb2629006b9593c7ab8402/1443527442/application/pdf/1756700/Valtakunnallinen%20uniapneaohjelma%202002-2012.pdf>

Suomen Suuhygienistiliitto 2015. Ammattina suuhygienisti. Viitattu 21.3.2015

<http://www.suuhygienistiliitto.fi/koulutus/ammattina-suuhygienisti/>

Suun Terveysterveysten Ammattiliitto ry 2011. Tietoa ammatista. Viitattu 21.3.2015

<http://www.stal.fi/tietoa-stal-sta/suuhygienistit/tietoa-ammattista/>

Tegelberg, Å. & Lindberg, E. 2015. Kuorsaus ja obstruktiivinen uniapnea – diagnostiikka ja hoito yhteistyössä. Suomen Hammaslääkärilehti 5/2015, 40-49.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi, 95, 123-127.

Turun ammattikorkeakoulu. 2015. Lukusuunnitelma – Suun terveydenhuollon koulutusohjelma, suuhygienisti. Viitattu 9.9.2015

https://ops.turkuamk.fi/opsnet/disp/fi/ops_KoulOhjOps/tab/tab/sea?ryhma_id=5342979&koulohj_id=2754658&valkiel=fi&stack=push

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi, 29-30.

Vuorjoki-Ranta, T-R. 2013. Uniapnea ja suukojeet. Viitattu 25.11.2014

<http://www.hammasteknikko.fi/tiedostot/Uniapnea.pdf>

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

TIETOKANTA	HAKUSANAT	RAJAUKSET	OSUMAT	LUETTU	VALITTU
EBSCO HOST	"Obstructive sleep apnea" AND "Dental hygiene"		2	1	1
	"Canadian Journal of Dental Hygiene" AND "Obstructive sleep apnea"		1	1	1
	"Sleep apnea" AND Nutrition AND "Dental care"		0	0	0
	"Sleep apnea" AND "Health promotion"		12	0	0
	"Sleep apnea" AND "Health promotion" AND "Oral health"		0	0	0
	"Sleep apnea" AND "Health promotion" AND "Dental care"		0	0	0
	"Dental hygienists" AND		0	0	0

	"Health promotion" AND "Sleep apnea"				
MEDIC	"Dental hygiene" AND "sleep apnea"		0	0	0
	"uniapnea" AND suu*	Kaikki asiasanat	11	1	0
	"obstructive sleep apnea" AND "dental care"	Kaikki asiasanat	1	0	0
	"obstructive sleep apnea" AND "dental hygiene"	Kaikki asiasanat	0	0	0
	"Sleep apnea" AND Nutrition AND "Dental care"		0	0	0
	"Sleep apnea" AND nutrition AND "oral health"		0	0	0
	"Sleep apnea" AND "Dental hygiene"		3	2	2
PUBMED	"Sleep apnea" AND "Dental care"	Vuosiväli 2005-2015, abstraktin mukaan	14	2	0
	"Sleep apnea" AND "Oral appliance"	Vuosiväli 2005-2015, abstraktin mukaan	190	2	0